

А.В.Сапотницкий

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Шкала Апгар традиционно используется для оценки статуса ребенка после рождения и его ответа на интенсивную терапию. Однако эта шкала имеет ряд ограничений, и до настоящего времени нет достоверных данных о значении этой шкалы у недоношенных детей [1]. Так, например, недоношенный ребенок без наличия асфиксии может иметь низкую оценку по шкале Апгар только за счет незрелости [2].

Вместе с тем, рождение недоношенного ребенка очень часто сопровождается нарушением витальных функций, в частности развитием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, что предопределяет необходимость использования в комплексной интенсивной терапии этих детей кардиотонических препаратов.

Поэтому целью данного исследования стало изучение параметров кардиотонической терапии у недоношенных новорожденных в зависимости от оценки шкалы Апгар.

Были проанализированы показатели ИВЛ и дозировки кардиотонических препаратов 48 недоношенных детей, проходивших лечение в РНПЦ «Мать и дитя» и УЗ «Родильный дом Минской области».

Первую подгруппу составили 11 недоношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 8 баллов, средний гестационный возраст составил 33(31-35) недель, средняя масса тела при рождении 1810 (1100-2360) грамм. Во вторую подгруппу вошли 23 недоношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 4-6 баллов (асфиксия умеренной степени по МКБ-10 [3]). Средний гестационный возраст в этой группе составил 32(30-33) недель, средняя масса тела при рождении 1710 (1350-2110) грамм. Третью подгруппу составили 14 недоношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар на первой минуте от 1 до 3 баллов (асфиксия тяжелой степени по МКБ-10), гестационный возраст 30(29-32) недель, средняя масса тела 1480 (1070-1618) грамм. Группы были сопоставимы по массе тела и гестационному возрасту при межгрупповом сравнении.

Статистический анализ результатов проведен при помощи пакета прикладных программ «Statistica 7.0». Статистическая значимость различий проанализирована с помощью критерия Манна-Уитни, различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты исследования для количественных показателей представлены в виде медианы и интерквартильного интервала Me (P25%-P75%), где Me – медиана, P25% – 25% процентиль, P75% – 75% процентиль.

При оценке частоты применения кардиотонической терапии было выявлено, что из 11 недоношенных детей группы 1 кардиотоническую терапию не получал ни один ребенок. Из 23 недоношенных группы 2, кардиотоническую терапию (дофамин) получали 17 детей (73,9%). Из 14 недоношенных группы 3, в кардиотонической терапии (дофамин) нуждались 12 новорожденных (85,7%). Не выявлено достоверных отличий в частоте необходимости кардиотонии в группах 2 и 3. Таким образом, вероятно независимо от степени тяжести, сам факт перенесенной асфиксии предопределяет высокую частоту развития угнетения гемодинамики, что требует проведения кардиотонической терапии.

Также были оценены дозировки дофамина и длительность кардиотонической терапии.

Дозы кардиотонических препаратов (дофамина), необходимые для поддержания физиологических значений артериального давления в первые сутки жизни, в группе 2 составляли в среднем 5,9(0,0-10,0) мкг/кг/мин, а в группе 3 – 7,1(5,0-10,0) мкг/кг/мин. Несмотря на некоторую тенденцию к повышению средних доз дофамина в группе 3, достоверно при проведении сравнительного анализа средние величины не отличались.

Длительность кардиотонической терапии в группах 2 и 3 составляла от 1 до 7 суток. Средние показатели составили 3,0(0,0-5,0) и 3,1(2,0-4,0) дней соответственно и достоверно не отличались между собой. Как и в случае с дозировками дофамина, прослеживается лишь тенденция к некоторому увеличению длительности кардиотонической терапии в группе 3 (с тяжелой асфиксией по МКБ-10).

Таким образом, не было выявлено достоверных отличий в средней величине необходимой дозы дофамина и средней длительности кардиотонической терапии у недоношенных новорожденных, родившихся в состоянии тяжелой и умеренной асфиксии.

Таким образом, достоверных различий в частоте необходимости и дозах кардиотонической терапии у недоношенных новорожденных с оценками по шкале Апгар при рождении 1-3 и 4-6 обнаружено не было. Недоношенным с оценкой по шкале Апгар при рождении 8 баллов кардиотоническая терапия не потребовалась, что позволяет констатировать клинически менее тяжелое состояние у данной группы детей.

Для недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 32(30-33) недель и массой 1710 (1350-2110) с оценкой по шкале Апгар при рождении от 4 до 6 баллов (асфиксия умеренной степени по МКБ-10) следует ориентироваться на дозировки кардиотонических препаратов, аналогичные недоношенным детям с оценкой по шкале Апгар от 1 до 3 баллов (асфиксия тяжелой степени по МКБ-10).

Литература.

1. American Academy of Pediatrics. The Apgar score. Pediatrics, 2006; Vol 117 N4: 1444-1447
2. Catlin EA, Carpenter MW, Brann BS INV et al. The Apgar score revisited: influence of gestational age. J Pediatr. 1986;109:865-868
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10. В 3-х т. Т.1, Ч.2. Мн.: “ИнтерДайджест”, 2000. С..113